



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
MODALIDAD PRESENCIAL**

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN  
COMPLEXIVO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**FARMACODEPENDENCIA Y LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN  
UNA PACIENTE DE 50 AÑOS**

**AUTORA:**

**DANIA ELIZABETH LEDESMA QUIÑONEZ**

**TUTOR:**

**MSC. HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ**

**BABAHOYO – SEPTIEMBRE**

**2019**

## RESUMEN

El estudio de caso aborda como tema: farmacodependencia y la terapia cognitiva conductual en una paciente de 50 años, la variable independiente se define como un estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal, La terapia cognitiva conductual comprende un compendio de técnicas que se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas.

Los instrumentos psicométricos empleados en el diagnóstico de la paciente sirvieron de gran utilidad a la hora de definir la entidad patológica que afectaba al paciente, el abuso de ciertos medicamentos de prescripción sumado a factores de tipo biopsicosocial, en este caso, una enfermedad médica, pueden conducir a la adicción, la dependencia de fármacos se encontró asociada al trastorno por dolor, las técnicas cognitivos – conductuales influyeron en la rehabilitación integral de estas patologías.

**Palabras clave: farmacodependencia, terapia cognitiva conductual, insuficiencia conductual**

## **ABSTRACT**

The case study addresses as a theme: drug dependence and cognitive behavioral therapy in a 50-year-old patient, the independent variable is defined as a state in which the individual needs repeated doses of a drug to feel good or to avoid feeling bad. Cognitive behavioral therapy comprises a compendium of techniques that are based on the theory that learning processes play a crucial role in the development of maladaptive behavior patterns.

The psychometric instruments used in the diagnosis of the patient were very useful in defining the pathological entity that affected the patient, the abuse of certain prescription medications added to biopsychosocial factors, in this case, a medical illness, can lead to addiction, drug dependence was found associated with pain disorder, cognitive behavioral techniques influenced the comprehensive rehabilitation of these pathologies.

**Keywords:** drug dependence, cognitive behavioral therapy, behavioral insufficiency

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
AGRADECIMIENTO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL ...	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
RESUMEN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
INTRODUCCION .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DESARROLLO .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	6
OBJETIVO .....	7
SUSTENTOS TEÓRICOS .....	7
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION .....	13
RESULTADOS OBTENIDOS.....	14
CONCLUSIONES.....	1
BIBLIOGRAFÍA .....	3
ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO 3.- HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	6
ANEXO 4: ESCALA DE DOLOR DE MELZAC.....	13
ANEXO 5: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .....	15
ANEXO 6. ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK .....	19

## INTRODUCCION

La adicción a medicamentos recetados es una realidad tajante en pacientes con enfermedades crónicas; este es el caso de una paciente atendida en la Unidad de Hemodiálisis Dial Ríos Vines, quien para paliar el dolor del tratamiento se encuentra inmersa en dependencia farmacológica a analgésicos recetados.

La insuficiencia renal es una afectación de los riñones los cuales pierden la capacidad de filtración, lo que deriva en la acumulación niveles nocivos de sustancias tóxicas en la sangre, lo que conlleva a la descomposición química.

La terapia cognitiva conductual diseñada inicialmente para tratar la depresión por su creador, el Dr. Aaron Beck, ha sido adaptada al tratamiento de otras enfermedades de origen mental con mucha aceptación, por lo que para este estudio de caso se propone la superación de la adicción a fármacos de este paciente mediante el uso de técnicas de este modelo psicoterapéutico.

El presente estudio tiene como la línea de investigación de la carrera de Psicología prevención y diagnóstico y como sub-línea de investigación, trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Una vez aclarado al paciente el tipo de trastorno que padece se explicó el tipo de tratamiento psicológico que debe recibir para superar su adicción a los fármacos, se decidió el uso de técnicas cognitivas conductuales, las que finalizado el tratamiento tuvieron resultados satisfactorios.

# DESARROLLO

## Justificación

Esta investigación es de gran importancia pues es poco conocido que los analgésicos recetados si se auto medican también ocasionan farmacodependencia, especialmente según los estudios realizados cuando el paciente padece algún tipo de enfermedad crónica o terminal, como es el caso del paciente sometido al tratamiento de hemodiálisis.

El desarrollo de esta investigación será de gran impacto pues aportara conocimientos que posibilitarían la detección de grupos más vulnerables a caer en la adicción a las drogas y generar políticas de promoción y prevención, que se encuentren enfocadas en aspectos más amplios del individuo que el de la psicopatología.

La beneficiaria directa de esta investigación fue la paciente que participo en el proceso psicoterapéutico y en todas las fases que este conlleva, además resulto beneficiado su entorno familiar, la institución que permitió la realización del estudio de caso y la autora.

Este estudio resulto viable y factible de realizar debido a que contó con la autorización del paciente que recibe tratamiento en este centro terapéutico, la colaboración de sus familiares, las autoridades delegadas del buen funcionamiento de la misma quienes brindaron todas las facilidades para la consecución de las metas.

Este trabajo de investigación generará gran impacto al ser brindado a los profesionales del área de psicología ya que al conocer algo más sobre esta problemática se realizará un esquema psicoterapéutico basado en técnicas cognitivas conductuales enfocado en las necesidades del paciente oncológico

## **Objetivo**

Determinar la influencia de la terapia cognitiva conductual en la farmacodependencia de una paciente de 50 años atendida en la Unidad de Hemodiálisis Dial ríos Vinces del Cantón Vinces

## **Sustentos teóricos**

La farmacodependencia se conceptualiza como el estado psicológico y físico que origina la acción recíproca entre el organismo y el fármaco (Sanchez, 2018). Esto se da cuando el usuario requiere el uso de fármacos para actuar con normalidad, el usuario puede padecer de condiciones médica, puede ser por la presión sanguínea ya sean altas o crónica, que requiere del consumo para conservar su calidad de vida (Nezu, 2013).

La “dependencia al fármaco”, en ocasiones que se lo considera así, pero relativamente es que no sea un problema. El uso de medicamentos recetados por los especialistas en ocasiones provoca dependencia, en el cual los usuarios se aprovechan de la situación de la enfermedad para uso y abuso. (Edison, 2014)

Entre las características más significativas de la farmacodependencia están los cambios que se presentan en el comportamiento del paciente y en el habito y deseo irresistible de consumir la droga para experimentar sus efectos, evitando de esta manera el malestar que provoca dejar de consumirla. (Malone, 2015)

El uso continuo de fármacos puede evolucionar y desarrollar dependencia, refiriéndose esto como alteración en aquellas personas que con el tiempo terminan ingiriendo

grandes cantidades de fármacos para superar la tolerancia, y convirtiéndose en un desorden comportamental de difícil control.

La dependencia y la adicción al uso de fármacos son definiciones intercambiables. Muchos adictos a los psicofármacos dependen para regular el funcionamiento normal de organismo, no obstante, es posible ser dependiente de un fármaco o de un medicamento sin llegar a la adicción. Esto es lo que ocurre cuando se necesita medicación para apaciguar los efectos de una enfermedad crónica o terminal. (Cancrini, 2014)

Entre los efectos de la adicción a las drogas, a la búsqueda desesperada de estas a pesar de los efectos negativos para uno mismo, dejando de lado todo tipo de interacción social, conduciendo al aislamiento. La adicción es un patrón de conducta impulsivo que busca la disminución de un estado de ánimo negativo, aliviando así el síndrome de la abstinencia, en la adicción se puede observar el deterioro físico y mental: el abuso de sustancias se asocia al consumo impulsivo que conlleva al deterioro en las obligaciones personales, o se asocia a problemas legales. (Malone, 2015)

Las dependencias a las sustancias suelen adjuntar algunas de las características esenciales de la adicción, la tolerancia que se crea cuando el organismo se adapta físicamente a la sustancia, que conlleva al deseo impulsivo de consumir grandes dosis con más regularidad, la dependencia comprende un grupo de signos y síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que advierten que el sujeto sigue consumiendo la sustancia. (Cancrini, 2014)

Otra de las características principales de la dependencia son los síntomas físicos y psicológicos que se manifiestan al dejar de consumir la sustancia o disminuir el uso, este cúmulo de síntomas es conocido como el síndrome de abstinencia. Los síntomas se diferencian según el tipo de sustancia o fármaco que se esté consumiendo, produciendo malestares e interferencia en las áreas cotidianas de quien lo sufre. (Cancrini, 2014)

Existen dos tipos de adicción o dependencia, física y psicológica. Las adicciones físicas tienen lugar cuando las células del organismo no funcionan sin el uso de la sustancia. Una vez que se diluye la sustancia en el cuerpo, los síntomas de la abstinencia aparecen. (Cancrini, 2014)

La adicción psicológica, es definida como la compulsión o una necesidad irresistible por consumir. Por ejemplo, una persona que es adicta a la marihuana llega a pensar que requiere consumirla para conciliar rápido el sueño. No obstante, es posible que al final duerma sin tener que consumir dicha droga, en casos extremadamente muy severos la adicción deber ser tratada clínicamente. (Cancrini, 2014).

Las personas que son dependientes a los fármacos suelen empezar a consumirla pequeñas cantidades de forma social y controlada. Si el fármaco es recetado por el médico para apaciguar o tratar la enfermedad. El uso normal y seguro puede, a veces, acabar en abuso y dependencia. (Cancrini, 2014)

Estas personas suelen tener historial familiar de adicción, lo cual quiere decir que la personalidad adictiva puede tener un componente genético y que ver a lo largo de la infancia cómo los miembros de la familia abusan de sustancias puede hacer que se vean las drogas o los fármacos como algo normal o deseable. (Edison, 2014)

Las personas que desarrollan dependencia inclusive tienen las mismas sintomatologías depresivas, suelen terminar dependiendo de la sustancia para apaciguar las dolencias físicas o emocionales o de ansiedad. Es habitual que aquellas personas sean impulsivas, les excita el peligro y buscan sensaciones nuevas. Un factor influyente en el desarrollo de una dependencia es la disponibilidad de la sustancia. Si el sujeto vive en un ambiente donde es posible conseguir el fármaco con recetas adulteradas, tiene mayor

probabilidad de padecer dependencia. El precio de la sustancia también es decisivo en el proceso de dependencia (Vanheiser, 2016).

Desde otra perspectiva, si el usuario recibe un apoyo tanto emocional como social adecuado, va a tener menos posibilidades de desarrollar dependencia. Los recursos socioeconómicos (el nivel económico apto para vivir en un ambiente saludable) dependen de una familia estructurada son componentes que protegen. (Elliot, 2015)

En ocasiones llegar a reconocer los síntomas de la dependencia y de la adicción se torna muy complicado. Las dos condiciones se manifiestan por una preocupación desmesurada por el consumo, comportamiento misterioso y sigiloso y la evitación de responsabilidades, actividades y relaciones que con anterioridad eran significativo para el usuario. Las personas adictas a los fármacos y a sustancias son personas que descuidan su apariencia física. (Vanheiser, 2016)

Cuando la adicción se incrementa hasta el punto de convertirse en dependencia, el tratamiento se vuelve más complejo. En última instancia, se debe dejar de consumir, pero hacerlo de forma abrupta puede causar efectos colaterales físicos muy graves. Para estos usuarios es necesario internarlos en los programas de desintoxicación o asistir a uno de tipo ambulatorio o residencial, es creíble que a los usuarios dependientes a los fármacos se les suministra sustancias que emulan los efectos de éstos para disminuir los síntomas de la retirada del consumo durante el internado. (Edison, 2014).

Si la dependencia no se trata a tiempo, es mortal para el usuario. Estas personas aumentan el consumo de drogas a medida que pasa el tiempo, al aumentar las dosis, el cuerpo se adapta a la cantidad. El incremento al abuso de sustancias puede resultar en sobredosis e incluso padecer de un paro cardíaco causando la muerte, el tratamiento puede revertir la dependencia siempre y cuando se trate a tiempo al usuario y esté dispuesta y motivada para ser tratada. (Edison, 2014)

De vez en cuando los métodos tienen éxito a la primera vez que se los aplica, pero las recaídas son comunes entre los sujetos que son dependientes a las sustancias ya sean fármacos o sustancias sujetas a fiscalización, una terapia constante y los grupos de apoyo fortalecen al usuario a la recuperación, a mantenerse sin consumo y a reconocer cuando tengan compulsiones. (Alfonso, 2014)

Muchos de los métodos o terapias que comúnmente se aplican para tratar estos casos se adaptan desde el enfoque cognitivo conductual. Se destaca el modelo terapéutico cognitivo conductual diseñado por el Dr. Aaron Beck, docente en psiquiatría, quien la utilizó primero para el tratamiento de la depresión, innovando con esta, la nueva modalidad en psicoterapias, la cual ha resultado sumamente eficaz en los tratamientos de las depresiones y los trastornos de ansiedad (Nezu, 2013)

En estos modelos de psicoterapias, la terapia se centra en que los patrones de pensamientos, ideas erróneas (conocido como distorsiones cognitivas) son pensamientos invasivos donde se ejecutan consecuencias de patrones sobre las vivencias, emociones, sensaciones y en el modo de afrontamiento en la vida diaria. Este tipo de terapia, implicará en esos casos la modificación de dichas estructuras y además de los significados o evaluaciones adversas de los usuarios, de esta manera, ofrecerle un apoyo que le favorezca un cambio hacia la mejora de la salud mental. (Nezu, 2013),

La terapia cognitiva conductual aporta al cambio y a la superación de las dificultades emocionales como tenemos las ideas los pensamientos y pautas de comportamiento que estas conllevaron a incrementar los síntomas y malestares trabajándolos de manera diaria. (Malone, 2015)

Se caracteriza, entre otras cosas, por ser una de las terapias tipo breve, se enfoca solo en el presente, planteándose en la resolución del problema, Esta psicoterapia

requiere trabajar en grupo tanto el terapeuta como el paciente, y tiene como finalidad, efectuar un trabajo en función apuntándose a una terapia breve y eficaz. (Nezu, 2013)

Esta terapia explora las dificultades entre lo que deseamos hacer y lo que hacemos en realidad. Las adicciones como un claro ejemplo de ello: consumir drogas de forma compulsiva, compra compulsiva, adicción a los juegos, adicción al tabaco, este tipo de conductas perjudica la calidad de vida. (Ellis, 2013)

Los adictos desean cambiar sus actitudes adictivas, pero generalmente no depende solo de un deseo inicial, pues la farmacodependencia se la considera hoy en día una enfermedad en la se debe trabajar tanto en las ideas como en las conductas, por lo que en ocasiones les resulta muy difícil dejar de consumir alcohol, drogas o eliminar conductas compulsivas. (Malone, 2015)

La terapia cognitiva conductual explica la manera en que los pensamientos y emociones afectan. Los psicólogos se percataron de que muchos de nosotros tenemos creencias irracionales y estos pensamientos causan sentimientos negativos. Es aquí cuando aparecen los síntomas de angustia, irritabilidad y enfermedades como la adicción. (Ferrer, 2015)

Tenemos que hacer un registro de nuestros pensamientos, los eventos que desencadenan esos pensamientos, los sentimientos asociados a esos pensamientos, los comportamientos que llevamos a cabo como resultado de todo esto.

La terapia cognitivo-conductual tiene una extraordinaria trayectoria, con diversos estudios que han demostrado su excelencia en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y la adicción. Actualmente esta terapia es una de la más usada y la más aceptada. Los enfoques incluyen la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia

Dialéctica Conductual (TDC), fundamentada en la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Analítica Funcional (Ferrer, 2015).

### **Técnicas aplicadas para la recolección de la información**

Hernández-Sampieri en su metodología de la investigación, define el estudio de caso como “una investigación que, mediante los procesos cuantitativos, cualitativos o mixtos, analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría”. (Hernandez-Sampieri,2004).

Las técnicas utilizadas para la obtención de información en el estudio de caso son las siguientes:

**Guía de observación:** Constituido por una estructura a base de indicadores que tiene como finalidad recolectar información sobre la dinámica del paciente, cada uno puede ser expresado para la recolección de cantidades o con datos de categoriales o nominales que nos dan datos específicos que son de nuestro interés.

**Entrevista clínica:** Se aprovecha del dialogo con el paciente, es una herramienta que facilita la recolección de información personal de sus antecedentes hasta la actualidad, para esclarecer sobre factores y vulnerabilidades que hayan contribuido al desarrollo de la patología.

**Pruebas psicológicas aplicadas:** Cuestionario del dolor McGill fue desarrollado por Melzack. El cuestionario del dolor McGill fue desarrollado por Melzack como un instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

Con la finalidad de evaluar el nivel de depresión del usuario se utilizó el “Inventario de ansiedad de Beck”, instrumento psicológico bastante empleado por psicólogos, resultado de gran aporte para el desarrollo de esta investigación. (Nezu, 2013)

Para clarificar los índices de ansiedad patológica en el paciente se utilizó la “Escala de ansiedad de Hamilton”, instrumento bastante utilizado en investigaciones psicológicas sobre diferentes patologías, relacionadas a ansiedad, el presente trabajo sirvió para valorar la ansiedad manifiesta en el paciente. (Nezu, 2013)

### **Resultados obtenidos**

Acude a la consulta una paciente de 50 años, nivel socio-cultural medio bajo, que vive con su madre, sin hijos. Entorno familiar: madre sobreprotectora, depresiva, con fibromialgia; el padre, fallecido, tenía un carácter agresivo, desvalorizante, que producía conflictos familiares constantes.

Trabaja como conserje en un hotel desde hace varios años, siempre haciendo el turno de noche para evitar contacto con personas, pero con buena adaptación a las responsabilidades, es derivada al psicólogo por el médico tratante por sospecha de sobreconsumo de fármacos.

Sus problemas de salud habían iniciado aproximadamente ocho años atrás, cuando sentía debilidades y mareos frecuentes a los que no les “paró bolas”. Once o doce años antes, en un examen de rutina en el trabajo, le dijeron que tenía principios de diabetes, que tenía que hacerse otros exámenes adicionales, pero ella no se los hizo. Se siguió sintiendo “regular”, pero no consultó ni se preocupó por el resultado que ya le habían dado con anterioridad.

Hace cuatro años fue hospitalizada de urgencias por una infección urinaria. Desde allí le dijeron “que sus riñones no andaban bien, que se tenía que cuidar y aplicarse la insulina y hacer la dieta”. “Yo me asusté mucho, cuando me vi entre la vida y la muerte, pero hacía trampas con la dieta y con la insulina..., pero yo nunca fui a seguir un tratamiento”.

Hace dos años las cosas empeoraron, a tal punto que fue necesario iniciar una hemodiálisis, a la que reaccionó con empeoramiento de su sensación de cansancio y debilidad crónicos, mareos incapacitantes y efecto aún más depresivo. Se iniciaron los estudios y los trámites para trasplante renal.

Consumo fármacos para calmar el dolor desde hace 2 años cuando fui ingresada al servicio de hemodiálisis, me las receto el médico que me atendía, y ahora las consumo todo el tiempo, no hago caso a la posología que se me receto, me parece que no puedo vivir sin ellos, pero es que a veces el dolor es insoportable y eso me pone de mal humor y me deprime, quisiera dejarlas, pero hasta hoy no he podido, siento que las necesito.

En dialogo con el médico tratante, supo acotar que el paciente a partir de los exámenes realizados, no respaldan la necesidad imperiosa del mismo, sobre medicarse o de auto recetarse por lo que la dependencia a los fármacos sería de origen psicógeno, es por este motivo la derivación al área de Salud Mental de la Unidad de Hemodiálisis.

### **Soluciones planteadas**

Como estrategia de solución al trastorno que afecta a la paciente se optó por implementar el siguiente esquema terapéutico

#### **Sesión 1**

**Fecha:** 2 de julio del 2019

**Categoría:** conductual

**Objetivo:** formular alternativas de solución a situaciones que representen conflicto emocional o psicológico.

**Técnica:** terapia de resolución de problemas

**Resultados esperados:** que el paciente aprenda estrategias alternativas para la resolución de situaciones que incentiven el consumo de fármacos

## **Sesión 2**

**Fecha:** 13 de julio del 2019

**Categoría:** cognitiva

**Objetivo:** enseñar al paciente a identificar situaciones de riesgo que provoquen emociones desagradables tales como odio, envidia, ira, etc., e identificar pensamientos automáticos desencadenantes de estas emociones.

**Técnica:** reestructuración cognitiva.

**Resultados esperados:** que el paciente aprenda el uso de la técnica de reestructuración cognitiva para que tenga la capacidad de modificar pensamientos negativos y que esto conlleve al cambio de conducta.

## **Sesión 3**

**Fecha:** 18 de julio del 2019

**Categoría:** cognitiva

**Objetivo:** enseñar al paciente la importancia de los valores y de su aplicación en su nueva vida sin la adicción a fármacos.

**Técnica:** aceptación y compromiso

**Resultados esperados:** el paciente aprenda la importancia de regir su conducta basada en valores

## **Sesión 4**

**Fecha:** 25 de julio del 2019

**Categoría:** cognitiva

**Objetivo:** Que el paciente identifique las situaciones que estimulen el consumo de fármacos.

**Técnica:** reestructuración cognitiva

**Resultados esperados:** el paciente debe aprender a modificar y a su vez eliminar pensamientos de consumo.

### **Sesión 5**

**Fecha:** 5 de agosto del 2019

**Categoría:** fisiológica

**Objetivo:** enseñar al paciente técnicas de relajación con la finalidad de reducir las respuestas fisiológicas que activen el deseo de consumir fármacos.

**Técnica:** respiración diafragmática

**Resultados esperados:** el paciente disminuirá la ansiedad por consumir fármacos.

### **Sesión 6**

**Fecha:** 12 de agosto del 2019

**Categoría:** fisiológica

**Objetivo:** Que el paciente aprenda estrategias para diluir la necesidad física de consumir fármacos

**Técnica:** distracción

**Resultados esperados:** que el paciente a través de actividades distractoras pueda suprimir la ansiedad por consumir.

## CONCLUSIONES

La definición más sencilla de farmacodependencia es la de “un estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal”, la automedicación es un problema grave de salud pública, aunque la mayoría de las personas toman los medicamentos de prescripción de manera responsable, se calcula que entre el 10 y 20 por ciento de las personas adultas han consumido medicamentos de prescripción por razones no médicas al menos una vez en su vida.

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol y luego fue adaptada para adictos a la cocaína. Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas.

Los instrumentos psicométricos empleados en el diagnóstico de la paciente, test de la personalidad de Millón, la escala de adiciones de Ramos, Cuestionario del dolor McGill fue desarrollado por Melzack sirvieron de gran utilidad a la hora de definir la entidad patológica que afectaba a la paciente.

El abuso de ciertos medicamentos de prescripción, entre ellos, los opioides, los depresores del sistema nervioso central (SNC) en este caso usados como analgésicos para calmar el dolor, puede conducir a una variedad de efectos adversos para la salud, incluyendo la adicción, en este caso la dependencia de fármacos se encontró asociada al trastorno por dolor.

Además, factores de tipo biopsicosocial que influyen en las adicciones a los fármacos o que pueden generar la adicción, en el caso del paciente el aislamiento social es un factor que afecta psicológicamente al paciente y que coadyuva a este individuo a mantener su adicción a los fármacos.

El modelo cognitivo – conductual influye en la rehabilitación integral de la farmacodependencia, mediante la práctica de actividades recreativas, la relación y convivencia con personas que hayan pasado por situaciones similares, puede impulsar su motivación, lo que, sumado al aprendizaje de habilidades de comunicación y socialización, facilita su rehabilitación.

Los hallazgos obtenidos serán de gran beneficio para su autora, adquirió conocimientos importantes en diagnóstico e intervención además de la experiencia de ayudar a otro ser humano, además de aportar información de primera mano para otros investigadores interesados en esta problemática.

Se recomienda al paciente continuar poniendo en práctica las técnicas enseñadas en el transcurso de las sesiones terapéuticas para prevenir posibles recaídas, además de asistir regularmente a seguimiento con el terapeuta.

A los profesionales de salud mental deben participar activamente junto con las familias y los miembros del entorno, ya que el apoyo social es fundamental en la prevención de recaídas, además aplicar en casos con similares características diagnósticas la batería de test psicológicos, así como las técnicas de intervención cognitivas conductuales empleadas en el caso, al haber demostrado enorme eficacia en ambos aspectos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso. (2014). *Psicopatología* (2da ed.). Mexico: Cactus azul. Recuperado el 11 de agosto de 2019
- APA. (2014). *DSM V* (segunda ed.). Arlington: Editorial de la APA. Recuperado el 25 de marzo del 2019
- Cancrini, A. (2014). *Manual de Psiquiatria* (3ra ed., Vol. 2). New York: Harrison. Recuperado el 10 de agosto de 2019
- Casas, R. (2015). *La personalidad y sus alteraciones psiquiatricas* (1ra ed.). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 12 de agosto de 2019
- Cejeda. (2015). *Técnicas cognitivas-conductuales* (1ra. ed.). Filadelfia: Eagle. Recuperado el 8 de agosto de 2019
- Edison. (2014). *Tratamiento de adicciones* (3ra ed.). Boston: Summit. Recuperado el 5 de agosto de 2019
- Elliot, J. (2015). *Trastornos de la Sociedad Comtemporanea* (Vol. 1ro). Bogota: Espejo. Recuperado el 27 de Marzo de 2019
- Ellis. (11 de febrero de 2013). *Psicoterapia Racional Emotiva* (5ta ed.). New York: Mc. phill. Recuperado el 4 de agosto de 2019, de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>.
- Ferrer. (2015). *Tearapias psicologica comtemporaneas*. Madrid: Alameda. Recuperado el 4 de agosto de 2019
- Malone. (2015). *De farmacos y otras drogas* (1ra ed.). Los Angeles: Masson. Recuperado el 6 de agosto de 2109
- Michanie. (2015). *Tratamiento de adicciones* (2da ed.). New York: Whitebird. Recuperado el 5 de agosto de 2019
- Nezu. (2013). *Psicoterapias Cognitivas*. Houston: Bell. Recuperado el 5 de agosto de 2019
- Roncero, J. (2016). *Bases biologicas de la personalidad* (2da ed.). Buenos Aires: MC. phill. Recuperado el 4 de abril de 2019
- Ruiz . (2017). *Las conductas problematicas en el aula*. Madrid: Paidos.
- Theodore, M. (11 de febrero de 2014). *trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Pennsylvania: Masson. Recuperado el 25 de marzo de 2019, de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>.
- Vanheiser. (2016). *Sociedad y adicciones* (2da ed.). Amsterdam: Kump. Recuperado el 8 de agosto de 2019

# ANEXOS

**Anexo 1. Ficha de observación psicológica**

# FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

## I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_

Numero de sesión: \_\_\_\_\_

Tiempo de observación: minutos \_\_\_\_\_ hora de inicio \_\_\_\_\_ hora final \_\_\_\_\_

Tipo de observación: \_\_\_\_\_

Nombre del observador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

### DESCRIPCIÓN FÍSICA

---

---

---

---

---

### DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

---

---

---

---

---

### DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

---

---

---

---

---

### COMENTARIO

---

---

---

---

---

## Anexo 2.- Historia Clínica Psicológica

### I. DATOS PERSONALES

No. Historia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Instrucción académica: \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Familia** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Familiar:** \_\_\_\_\_

**Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:**

---

**II. MOTIVO DE CONSULTA:**

---

---

---

---

---

**III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

**1. EVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_

---

---

**2. CAUSAS:** \_\_\_\_\_

---

---

**3. ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:**

---

---

---

**4. IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, laboral, etc.):**

---

---

---

**IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

**5. FAMILIOGRAMA:**

<b>MIEMBRO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>OCUPACIÓN</b>

**6. VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:**

---

---

---

**V. HISTORIA PERSONAL:**

**7. INFANCIA:**

---

---

---

---

**8. ADOLESCENCIA:**

---

---

---

---

**VI. HISTORIA ESCOLAR:**

---

---

---

---

**VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)**

---

---

---

**VIII. DIMENSIONES:**

**9. COMPORTAMENTAL:** \_\_\_\_\_

---

---

**10. AFECTIVA:** \_\_\_\_\_

---

---

**11. SOMATICA:** \_\_\_\_\_

---

---

**12. COGNITIVA:** \_\_\_\_\_

---

---

**13. SOCIAL:** \_\_\_\_\_

---

---

**IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

**14. PERSONALIDAD:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**15. INTELIGENCIA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. HABILIDADES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. OTRAS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN**

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

---

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

---

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

---

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

---

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN REALIZADA POR:** \_\_\_\_\_



### **ANEXO 3: Escala de dolor de Melzack**

Identificación ..... Fecha .....

*Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual*

<p><b>Temporal I:</b></p> <p><input type="radio"/> A golpes</p> <p><input type="radio"/> Continuo</p> <p><b>Temporal II:</b></p> <p><input type="radio"/> Periódico</p> <p><input type="radio"/> Repetitivo</p> <p><input type="radio"/> Insistente</p> <p><input type="radio"/> Interminable</p> <p><b>Localización I:</b></p> <p><input type="radio"/> Impreciso</p> <p><input type="radio"/> Bien delimitado</p> <p><input type="radio"/> Extenso</p> <p><b>Localización II:</b></p> <p><input type="radio"/> Repartido</p> <p><input type="radio"/> Propagado</p> <p><b>Punción:</b></p> <p><input type="radio"/> Como un pinchazo</p> <p><input type="radio"/> Como agujas</p> <p><input type="radio"/> Como un clavo</p> <p><input type="radio"/> Punzante</p> <p><input type="radio"/> Perforante</p> <p><b>Incisión:</b></p> <p><input type="radio"/> Como si cortase</p> <p><input type="radio"/> Como una cuchilla</p> <p><b>Constricción:</b></p> <p><input type="radio"/> Como un pellizco</p> <p><input type="radio"/> Como si apretara</p> <p><input type="radio"/> Como agarrotado</p> <p><input type="radio"/> Opresivo</p> <p><input type="radio"/> Como si exprimiera</p>	<p><b>Tracción:</b></p> <p><input type="radio"/> Tirantez</p> <p><input type="radio"/> Como un tirón</p> <p><input type="radio"/> Como si estirara</p> <p><input type="radio"/> Como si arrancara</p> <p><input type="radio"/> Como si desgarrara</p> <p><b>Térmico I:</b></p> <p><input type="radio"/> Calor</p> <p><input type="radio"/> Como si quemara</p> <p><input type="radio"/> Abrasador</p> <p><input type="radio"/> Como hierro candente</p> <p><b>Térmico II:</b></p> <p><input type="radio"/> Frialidad</p> <p><input type="radio"/> Helado</p> <p><b>Sensibilidad Táctil:</b></p> <p><input type="radio"/> Como si rozara</p> <p><input type="radio"/> Como un hormigueo</p> <p><input type="radio"/> Como si arañara</p> <p><input type="radio"/> Como si raspara</p> <p><input type="radio"/> Como un escozor</p> <p><input type="radio"/> Como un picor</p> <p><b>Consistencia:</b></p> <p><input type="radio"/> Pesadez</p> <p><b>Miscelánea Sensorial I:</b></p> <p><input type="radio"/> Como hinchado</p> <p><input type="radio"/> Como un peso</p> <p><input type="radio"/> Como un flato</p> <p><input type="radio"/> Como espasmos</p>	<p><b>Miscelánea Sensorial II:</b></p> <p><input type="radio"/> Como latidos</p> <p><input type="radio"/> Concentrado</p> <p><input type="radio"/> Como si pasara corriente</p> <p><input type="radio"/> Calambrazos</p> <p><b>Miscelánea Sensorial III:</b></p> <p><input type="radio"/> Seco</p> <p><input type="radio"/> Como martillazos</p> <p><input type="radio"/> Agudo</p> <p><input type="radio"/> Como si fuera a explotar</p> <p><b>Tensión Emocional:</b></p> <p><input type="radio"/> Fastidioso</p> <p><input type="radio"/> Preocupante</p> <p><input type="radio"/> Angustiante</p> <p><input type="radio"/> Exasperante</p> <p><input type="radio"/> Que amarga lavida</p> <p><b>Signos Vegetativos:</b></p> <p><input type="radio"/> Nauseante</p> <p><b>Miedo:</b></p> <p><input type="radio"/> Que asusta</p> <p><input type="radio"/> Temible</p> <p><input type="radio"/> Aterrorador</p> <p><b>Categoría Valorativa:</b></p> <p><input type="radio"/> Débil</p> <p><input type="radio"/> Soportable</p> <p><input type="radio"/> Intenso</p> <p><input type="radio"/> Terriblemente molesto</p>
---	--	---

*Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual*

Leve, débil, ligero  
 Moderado, molesto, incómodo  
 Fuerte  
 Extenuante, exasperante  
 Insoportable

*Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuanto dolor tiene actualmente*

SIN DOLOR  DOLOR INSOPORTABLE

PRI-S  PRI-E  PRI-V  PRI-M  PRI-TOTAL   
 Número Palabras:  PPI:  EVA (0-10):

#### ANEXO 4: Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormir, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo)	0	1	2	3	4

Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares)  Dolores y molestias musculares, rigidez muscular,  contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)  Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4

<p>11. Síntomas gastrointestinales.</p> <p>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Síntomas genitourinarios.</p> <p>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos.</p> <p>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</p>					

<p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

ANSIEDAD PSIQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

## **CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

0-5 NO ANSIEDAD

6 - 14 ANSIEDAD LEVE

> 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE

## **ANEXO 5. Escala de depresión de Beck**

Nombre:

Fecha:

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

#### 1. Tristeza

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

#### 10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

#### 11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

#### 12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

#### 13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

#### 14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

#### 15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

#### 16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

#### 17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

#### 18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

#### 19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

#### 20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

***CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK***

***1-10:*** Ausencia de depresión. Puede haber algunos altibajos pero se consideran normales.

***11-16:*** Leve perturbación del estado de ánimo.

***17-20:*** Estados de depresión intermitentes.

***21-30:*** depresión moderada.

***31-40:*** depresión grave

***41 o más:*** Depresión extrema

**ANEXO 6: Test de dependencia de alcohol**

10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?  
a) No, nunca    b) Algunas veces    c) Frecuentemente    d) Casi cada vez que bebo
11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?  
a) No    b) Algunas veces    c) La mayoría de las veces
12. Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas), ¿termina usted bebiendo en exceso otra vez?  
a) No    b) Algunas veces    c) La mayoría de las veces
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado por estar bebiendo?  
a) No    b) Alguna vez    c) Más de una vez
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?  
a) No    b) Alguna vez    c) Varias veces
15. ¿Bebe durante todo el día?  
a) No    b) Sí.
16. ¿Después de haber bebido en exceso, tiene pensamientos o ideas confusas, poco claras?  
a) No    b) Sí pero solo por unas horas    c) Sí, por uno o dos días    d) Sí, durante varios días
17. Como consecuencia de beber, ¿ha tenido palpitaciones?  
a) No    b) Alguna vez    c) Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?  
a) No    b) Sí.
19. Como consecuencia de su forma de beber, ¿ha escuchado cosas que no existen?  
a) No    b) Alguna vez    c) Varias veces
20. Cuando bebe, ¿ha tenido miedo y sensaciones extrañas?  
a) No    b) Algunas veces    c) Frecuentemente
21. Como consecuencia de haber bebido ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo, que en realidad no existen? (gusanos, arañas).  
a) No    b) Alguna vez    c) Varias veces
22. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria).?  
a) Nunca    b) Sí, durante menos de una hora.  
c) Sí, durante varias horas    d) Sí, durante uno o varios días
23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no pudo?  
a) No    b) Alguna vez    c) Varias veces
24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?  
a) No    b) Sí.

25. Después de tomar una o dos copas, ¿puede dejar de beber?

- a) Sí                      b) No

GRACIAS POR SU COLABORACION.

Forma de calificación:

La Escala de Dependencia al Alcohol puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre será:

a = 0                      b = 1                      c = 2                      d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

- a) De 0 = No hay dependencia                      b) De 1 a 13 = Dependencia Baja  
c) De 14 a 21 = Dependencia Moderada                      d) De 22 a 30 = Dependencia Media  
e) De 31 a 47 = Dependencia Severa

Referencia: Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. & Gutiérrez, L. M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: editorial Porrúa y Facultad de Psicología.